

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

26 AVR 1944

Présentée et soutenue publiquement le 1944

Guy, Eugène BAZIN

Né le 10 décembre 1914 à Paris

Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers

**Contribution au Traitement
de l'Eclampsie Puerpérale
par l'association
Morphine-Sulfate de Magnésie
(Méthode de Stroganoff)**

Président : M. PORTES, professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1944

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **BAZIN.**

Noms : **Guy, Eugène.**

Date de la soutenance:

Numéro d'ordre:

BAZIN (Guy - Eugène). —

Contribution au traitement de l'éclampsie puerpérale par l'association morphine-sulfate de magnésie (méthode de Stroganoff). — *Paris, Librairie Arnette, 1944, in-8 r., 39 p.*

(Thèse de Médecine (Etat),
Paris, 1944, n°)

BAZIN (Guy - Eugène). —

Contribution au traitement de l'éclampsie puerpérale par l'association morphine-sulfate de magnésie (méthode de Stroganoff). — *Paris, Librairie Arnette, 1944, in-8 r., 39 p.*

(Thèse de Médecine (Etat),
Paris, 1944, n°)

BAZIN (Guy - Eugène). —

Contribution au traitement de l'éclampsie puerpérale par l'association morphine-sulfate de magnésie (méthode de Stroganoff). — *Paris, Librairie Arnette, 1944, in-8 r., 39 p.*

(Thèse de Médecine (Etat),
Paris, 1944, n°)

BAZIN (Guy - Eugène). —

Contribution au traitement de l'éclampsie puerpérale par l'association morphine-sulfate de magnésie (méthode de Stroganoff). — *Paris, Librairie Arnette, 1944, in-8 r., 39 p.*

(Thèse de Médecine (Etat),
Paris, 1944, n°)

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

Présentée et soutenue publiquement le 1944

Guy, Eugène BAZIN

Né le 10 décembre 1914 à Paris
Ancien Interne de l'Hôtel-Dieu d'Angers

**Contribution au Traitement
de l'Eclampsie Puerpérale
par l'association
Morphine-Sulfate de Magnésie
(Méthode de Stroganoff)**

Président : M. PORTES, professeur

PARIS
LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1944

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY-
	RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	BROCQ
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUÉNU.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	LANTUEJOUL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÈNEQUE.
Clinique propédeutique	VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Professeurs sans chaire	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES ...	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.	LAVIER	Parasitologie.
BONNET	Bactériologie.	LELONG	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BROUET	Pathologie médicale.	LENÈGRE	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	M ^{lle} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
CACHERA	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	MÉNÉGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOLLARET ...	Pathologie médicale.
COUVELAIRE		MOUQUIN	Pathologie médicale.
(Roger)	Urologie.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	RENARD	Ophtalmologie.
DELAY	Pathologie médicale.	RICHET	Physiologie.
DEGREZ (H.).	Physique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	SOULIE	Pathologie médicale.
DIGONNET	Obstétrique.	SUREAU	Obstétrique.
DOGNON	Physique.	TURPIN	Pathologie médicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
FUNCK-BREN-			
TANO	Pathologie chirurgicale.		
GALLIARD	Parasitologie.		
GARCIN	Pathologie médicale.		
M ^{lle} GAUTHIER-			
VILLARS ...	Anatomie pathologique		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LE LORIER ...	Obstétrique.
CHAILLEY-		NEVEU-	
BERT	Physiologie.	LEMAIRE ...	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HUGUENIN....	Anatomie pathologique.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHEVALLIER.		DE GAUDART	
LAROCHE (G.).		D'ALLAINES.	
MOREAU.		MOULONGUET.	
SÉZARY.		MCURE.	
MM.	}	Clinique obstétricale.	
ECALLE.			
VIGNES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

A MA FEMME

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES

Professeur de Clinique d'Accouchement
à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*En respectueux hommage pour l'honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUCHY

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Chargé de Cours d'Obstétrique
Chirurgien de la Maternité

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et guidé dans son exécution.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre sincère gratitude pour la bienveil-
lance qu'il nous a toujours témoignée.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
D'ANGERS :

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENECHAU,
Professeur de Clinique Médicale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BIGOT,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH.-M. MARTIN (*in memor.*)
Professeur Honoraire de Clinique Chirurgicale.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J.-F. GAUTIER (*in memor.*)
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NEDELEC,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NAULLEAU,
Professeur de Clinique Chirurgicale.

A MESSIEURS LES DOCTEURS CLOSIER, TESTARD, HY,
HERMAN, LECOQ, CH.-R. MARTIN.

A MES CAMARADES D'ETUDES ET D'INTERNAT

INTRODUCTION

L'éclampsie constitue un syndrome grave au cours de la grossesse et réclame un traitement immédiat et actif, puisque se pose un pronostic vital tant fœtal que maternel.

Les incertitudes de la pathogénie ont engendré de multiples thérapeutiques et puisque le traitement étiologique reste à trouver, la thérapeutique actuelle doit être surtout symptomatique, c'est-à-dire combattre la crise convulsive.

Les innombrables communications à ce sujet nous montrent la variété des moyens employés, mais l'association morphine-sulfate de magnésie, préconisée par Stroganoff en 1938, paraît nous avoir donné des résultats suffisamment intéressants pour que nous en fassions le sujet de ce travail.

Il n'en reste pas moins vrai que la prophylaxie sera toujours le meilleur remède et son application, grâce aux lois sociales actuelles, a diminué dans de très larges proportions la fréquence des crises d'éclampsie.

Nous envisagerons successivement :

- 1° L'historique du traitement général obstétrical et médical.
- 2° Le traitement par l'association morphine-sulfate de magnésie.
- 3° Les résultats personnels.
- 4° Et enfin les conclusions.

HISTORIQUE

DU TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE

Deux catégories importantes de traitement ont été préconisées : l'un obstétrical, l'autre médical ; le premier a eu de nombreux défenseurs, le second a dans la littérature de l'éclampsie une part beaucoup plus importante.

Le but du traitement obstétrical est l'évacuation rapide de l'utérus, se basant sur ce fait que la naissance de l'enfant a un effet favorable sur les crises éclamptiques.

Le ballon de Champetier de Ribes ne peut viser qu'à compléter une dilatation déjà avancée, c'est une indication exceptionnelle, la dilatation une fois commencée étant rapide chez une éclamptique.

La dilatation manuelle sous rachi-anesthésie (méthode de Delmas) est un autre procédé obstétrical rapide mais qui n'est pas sans inconvénient ; indépendamment du danger de la rachi-anesthésie, la dilatation par ce procédé est brutale.

L'incision du col suivie d'une application de forceps a des indications bien précises, la présentation doit être engagée et avoir franchi par sa grande circonférence l'insertion du vagin sur le col.

En fait, ces procédés sont peu utilisés et ils cèdent le pas à la césarienne.

La césarienne vaginale nécessite un bon segment inférieur et un enfant de poids moyen ; d'autre part, les risques d'hémorragie et d'infection sont plus fréquents chez les éclampsiques.

La césarienne abdominale serait le traitement de choix des éclampsies, au dire de ses défenseurs. Certes les avantages sont réels, mais les dangers ne sont pas à dédaigner. Le but visé est évidemment atteint : évacuation rapide de l'utérus et suppression du facteur étiologique et de l'éclampsie. Théoriquement les pronostics maternel et fœtal doivent être bons, mais malheureusement les éclampsiques sont des intoxiquées qui sont souvent incapables de supporter le choc et l'intoxication supplémentaire qu'entraîne une opération importante, le sort de l'enfant est assez réservé et celui-ci risque de n'être pas viable ou tout au moins d'être prématuré.

La césarienne ne peut donc pas être une méthode de traitement systématique de l'éclampsie. Son indication devra être discutée pour chaque cas particulier et les éléments de cette discussion seront l'état de la mère, l'âge de la grossesse et l'état de l'enfant.

Les résultats ne sont guère en faveur du traitement obstétrical, car si le pronostic fœtal est meilleur, la mortalité maternelle est augmentée. Les défenseurs de la césarienne comme traitement de l'éclampsie ne sont d'ailleurs plus nombreux.

La médecine a des ressources suffisamment nombreuses pour lutter efficacement contre les différents symptômes — convulsions, hypertensions, toxémie — sans courir le risque chirurgical qui existe toujours et qui est augmenté du fait de l'intoxication.

Les calmants du système nerveux ont été à peu près tous employés.

a) Le chloroforme est un médicament d'utilisation ancienne dont on se sert peu actuellement. Il a l'inconvénient d'être toxique et de léser la cellule hépatique.

b) Le chloral a joué un rôle important dans le traitement de l'éclampsie. Stroganoff l'avait utilisé avant le sulfate de magnésie. Son action sur l'excitabilité diminue les convulsions, son emploi est facile. Il est introduit généralement par la voie rectale, à la dose de 4 à 6 grammes par jour.

c) La morphine a été employée seule par Veit avec une mortalité de 3 %, et par Lohlein avec une mortalité de 13 %. Stroganoff l'a associée d'abord au chloral, puis avec des résultats nettement plus intéressants au sulfate de magnésie. Chez les éclamptiques, la morphine a l'avantage de pouvoir être employée à doses fortes : 7 à 8 centigrammes par 24 heures. Elle diminue les convulsions et combat l'acidose.

d) Garre donne six observations de traitement par le rectanol avec succès constant. Gelle donne aussi des résultats satisfaisants. Sous l'effet de ce médicament, l'état anesthésique remplace progressivement l'état convulsif.

e) Les barbituriques ont une large part dans le traitement de l'éclampsie.

Laffont a employé le somnifène intraveineux.

Fauvet préconise de préférence le pernocton, qui agit sur le mésencéphale.

Ces médicaments peuvent être administrés à forte dose chez les éclamptiques, d'où découle leur action assez puissante.

f) Le sulfate de magnésie est à l'heure actuelle le calmant du système nerveux le plus utilisé.

C'est en 1905 que Metzger et Auer, étudiant ce produit, lui trouvèrent les propriétés suivantes : il interrompt la conductibilité des troncs nerveux et à dose forte il paralyse les centres respiratoires sans atteinte de l'appareil circulatoire, cette paralysie est atténuée par le calcium.

En 1907, Einar ayant appliqué ces travaux, publia une guérison radicale et une amélioration nette par le sulfate de magnésie chez deux éclamptiques.

Depuis, divers travaux ont été publiés, ayant permis la mise au point des doses et de la technique employées actuellement.

Natal, en 1930, avait donné des observations sur l'emploi de solution de sulfate de magnésie à 10 % et à 25 %. Un an plus tard, Vignes concluait que ce médicament était préférable aux autres calmants généralement utilisés.

Les solutions ont, suivant les auteurs, varié de 3 % à 25 %. La dose totale a dans certains cas été forte sans déterminer d'accident. Dorsett aurait injecté en

douze heures 25 grammes de sulfate de magnésie. Stroganoff par ces travaux a mis au point la technique, le taux de la solution à utiliser et la quantité de médicament à injecter. Le détail du traitement tel qu'il l'a annoncé fera l'objet de notre prochain chapitre.

Le traitement par le calcium a été surtout employé en Italie. Miranda et Bernardi ayant employé le chlorure de calcium intraveineux donnent des chiffres de 13 et de 18 % de mortalité. Il doit son emploi à son action sédative sur le pneumogastrique et les nerfs crâniens.

L'hypertension et la toxémie sont les deux autres signes importants sur lesquels on s'est efforcé d'agir.

L'évacuation de l'intestin par un lavement purgatif est un des premiers moyens à employer, il combat l'auto-intoxication intestinale et élimine une quantité importante de toxines.

La saignée est sans aucun doute le traitement le plus ancien. Mauriceau et Baudelocque sont de ceux qui y ont le plus insisté. Macé et Chirié ont préconisé à leur tour la saignée massive : 5 à 600 cm³. Elle doit être dans tous les cas fonction de la tension artérielle et être pratiquée sous le contrôle du brassard manométrique. Son but est double : soustraire une quantité importante de poison circulant dans l'organisme et abaisser la tension artérielle : elle ouvre le rein et favorise la diurèse.

La ponction lombaire a surtout un intérêt dans les œdèmes et l'anasarque, et en particulier dans l'œdème cérébral. Son emploi systématique est à rejeter, mais elle garde toutes ses indications dans le cas d'hypertension intracrânienne.

Les médicaments vaso-dilatateurs ont aussi servi souvent avec succès à faire baisser la tension. En particulier le chlorhydrate de pilocarpine préconisé par Lévy-Solal et par Tzanck ; il a été administré à la dose de 5 mgr. quatre fois par 24 heures en injections sous-cutanées. Le traitement à lui seul peut quelquefois juguler les accidents. Lévy-Solal rapporte cinq cas d'éclampsie sur six guéris par la pilocarpine associée à une légère saignée.

L'acétylcholine, grâce à ses propriétés, a aussi une action réelle sur la tension dans l'éclampsie ; on l'emploie souvent associée à la papaverine.

L'injection de sérum glucosé intraveineux a à son actif des résultats intéressants ; employé soit comme isotonique, soit comme hypertonique, il abaisse la tension artérielle et diminue les convulsions.

Toutes les glandes endocrines ont été incriminées dans les essais pathogéniques de l'éclampsie, si bien que la thérapeutique a employé presque indistinctement toute la gamme des médicaments opothérapiques avec plus ou moins de succès.

L'extrait thyroïdien a été préconisé en 1901 par Nicholson et depuis par Kustner, Vignes et bien d'autres encore. Il diminue les convulsions, mais son

caractère propre est de débloquer les œdèmes et d'agir sur la diurèse.

L'extrait para-thyroïdien a été préconisé par Vassale et Vicarelli. Ils ont montré le rôle des préparations para-thyroïdiennes sur la tension et sur la diurèse. Wirths a complété leurs travaux et a pu donner des observations dont les résultats sont incontestables. Il a employé le parotal en injection intraveineuse avec des succès importants et durables.

La lutéinothérapie dans le traitement de l'éclampsie s'appuie sur les travaux de Hoffman et d'Anselmine, qui observèrent que l'hormone du corps jaune était capable de supprimer l'action des composants antidiurétiques de l'hormone, du lobe postérieur de l'hypophyse.

Robson et Paterson ont traité en 1937 douze femmes éclamptiques par le progesterone en association avec le luminal, tous ces cas ont été améliorés ; en 1937, Bernhart employait le proluton avec succès dans presque tous les cas qu'il a traités.

Cette énumération des différents moyens de lutter contre l'éclampsie nous permet de nous rendre compte de l'importance du traitement médical et en particulier de l'emploi des calmants du système nerveux.

Le traitement de l'éclampsie par l'association morphine-sulfate de magnésie (Méthode de Stroganoff)

La méthode de Stroganoff est actuellement celle qui jouit de la plus grande valeur. Elle a pour but premier de calmer le système nerveux. Son auteur avait d'abord préconisé l'association chloral-morphine. Il a substitué le sulfate de magnésie au chloral et c'est au *Congrès de gynécologie et d'obstétrique de 1938, à Amsterdam*, qu'il a donné la technique du traitement que nous allons reproduire brièvement :

1° Aussitôt après la première crise convulsive, lorsque la malade commence à respirer, injection de morphine (1 cgr. 1/2 à 2 cgr.). Si cette crise survient dans les deux heures consécutives à l'accouchement, on injectera une dose plus faible (1 cgr. et si l'utérus est bien contracté 1 cgr. 1/2).

2° Une demi-heure après l'injection de morphine, une injection sous-cutanée de 40 cm³ d'une solution chauffée de sulfate de magnésie à 15 %.

3° Deux heures après le début du traitement, nouvelle injection de morphine à la dose de 1 cgr. 1/2 à 2 cgr. suivant l'état de la malade.

4° Nouvelle injection de 20 à 25 cm³ de sulfate de magnésie cinq heures et demie après le début du traitement s'il n'y a pas de crises ou de signes précurseurs. Dans le cas contraire, injecter 40 cm³.

5° Six heures après, nouvelle injection de sulfate de magnésie à la dose de 20 à 25 cm³.

6° Huit heures après, on répète l'injection au sulfate de magnésie. En cas d'absence de crises, la dose peut être ramenée à 10 ou 15 cm³. En présence d'éclampsie post-puerpérale, on peut supprimer cette injection et la remplacer par du véronal.

7° Prendre la mesure de la tension artérielle dès le début du traitement deux fois par jour, ainsi que la température.

8° Dès le début du traitement, sonder la malade, analyser ses urines et mesurer la quantité quotidienne des urines.

9° Si, à l'admission de la malade celle-ci a déjà présenté cinq crises convulsives, dès son entrée on fait une saignée de 400 à 500 cm³. A moins de contre-indication, si on pratiquait la rupture de la poche des eaux.

10° Si malgré le traitement la malade présente trois accès graves, saignée de 400 à 600 cm³ avec rupture simultanée de la poche des eaux. Si la femme n'est pas en travail, on pratiquera également la rupture, sauf contre-indications.

11° A partir de la première crise, la malade ne doit recevoir aucune nourriture et très peu de boisson.

12° Mettre la malade à l'abri de toutes les excitations extérieures.

13° Après chaque crise, faire respirer de l'oxygène pendant 4 à 6 minutes.

La thérapeutique générale comprendra une purgation ou mieux un lavement purgatif, diurétiques, des toniques généraux et cardiaques appropriés à l'état de la malade.

Les résultats de cette thérapeutique sont certains et toutes les observations concordent pour montrer que les états pré-éclamptiques sont enrayés, que les convulsions sont arrêtées ou tout au moins espacées, que les urines sont nettement augmentées de volume, que les œdèmes diminuent, que la tension artérielle est abaissée et que la fibre utérine n'est pas affectée dans ses contractions. Les accidents sont très rares, on a cité quelques cas de paralysie des centres nerveux et des troubles moteurs de la vessie.

Les statistiques données par Stroganoff montrent encore mieux l'efficacité du traitement par morphine-sulfate de magnésie. Sur 765 éclamptiques traitées de cette façon, il y eut 22 morts (2,9 %). Avec l'association chloral-morphine, Stroganoff avait eu 67 morts sur 1.064 éclamptiques (4,2 %).

Ces chiffres sont suffisamment éloquents par eux-mêmes, nous avons tenu cependant à donner quelques observations personnelles qui ont chacune un caractère particulier et contribuent par ce côté à prouver l'intérêt de la méthode.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I (n° 215) :

M^{me} G..., 38 ans, cuisinière, est entrée le 3 juin 1941 dans le Service, pour albuminurie et œdème des membres inférieurs.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Personnellement, elle a fait une pleurésie à 34 ans et c'est une éthylique.

Réglée à 16 ans, bien régulièrement.

C'est une VII^e pare dont les dernières règles sont du 15 au 19 novembre 1940. Terme probable : 2 août 1941.

A son entrée, on note un œdème généralisé important surtout aux membres inférieurs, grosse albuminurie, tension artérielle 21-10. L'examen des divers autres appareils est négatif.

Examen obstétrical : hauteur utérine, 19 centimètres ; les bruits du cœur sont bons.

En résumé, syndrome constitué par des œdèmes, de l'hypertension, de l'albuminurie chez une femme enceinte de sept mois, dont l'enfant est vivant.

La thérapeutique est aussitôt instituée : diète hydrique — repos au lit — strophantus et angioxyl *per os*.

Le 5 juin 1941, à 8 h. 20, la malade fait une crise d'éclampsie qui dure deux minutes environ, puis tombe dans le coma avec agitation et délire.

L'état est toujours le même, les oedèmes sont identiques, l'albuminurie n'a pas régressé et la tension est à 23-12.

On fait une saignée de 500 cm³.

Midi: nouvelle crise qui dure trois minutes.

13 heures : injection de sulfate de magnésie, 10 cm³ intra-musculaire à 15 %.

15 heures : nouvelle injection de 10 cm³ de sulfate de magnésie.

18 heures : on renouvelle l'injection de sulfate de magnésie.

Le 6 juin, l'état général s'améliore, il n'y a plus de crise et la malade n'est plus dans le coma, on continue les injections de sulfate de magnésie.

Le 7 juin, amélioration nette de l'état général, les oedèmes n'existent plus qu'aux jambes et aux pieds. Tension artérielle : 17-10. Albumine : 3 grammes.

La malade est laissée au régime : eau lactosée (1/2 litre), plus lait (3/4 de litre).

On continue les injections de sulfate de magnésie.

L'examen obstétrical montre que les bruits du cœur sont négatifs.

Le 9 juin, la malade accouche d'un enfant mort-né du sexe masculin, prématuré de sept mois, pesant 760 grammes. La délivrance est normale.

L'état général va en s'améliorant ; quand la malade sort le 22 juin, il n'y a plus d'albumine, la tension artérielle est normale, il n'y a plus d'œdème.

Urée sanguine : 0,22.

Constante d'Ambard : 0,07.

Coefficient de Maillard : 3,9.

L'état général est satisfaisant.

OBSERVATION II (n° 521) :

M^{me} L..., 33 ans, est entrée le 28 décembre 1941 dans le Service, à 15 heures, pour crise d'éclampsie datant de la veille et ayant débuté quelques heures après l'accouchement.

Rien à signaler dans les antécédents. Réglée à 13 ans régulièrement.

C'est une première pare qui a accouché normalement le 27 décembre à 1 heure.

Dans la soirée, la malade se serait plainte de sensations de malaises et d'étouffements.

Le 28 décembre à 7 heures, la malade fait une première crise d'éclampsie, une seconde à 10 heures, une troisième à midi et une quatrième à 14 heures. La tension aurait été 25 pour la maxima et on aurait fait une saignée de 300 cm³.

A son entrée dans le Service, à 15 heures, la malade fait une cinquième crise.

L'examen montre de l'œdème des membres inférieurs et des mains, de l'albumine et une tension artérielle 22-13.

On décide alors l'application de la méthode de Stroganoff.

15 heures : morphine, 2 cgr.

15 h. 30 : sulfate de magnésie à 15 %, 40 cm³ intramusculaire.

18 h. 50 : morphine, 1 cgr.

19 heures : saignée de 400 à 500 cm³.

20 h. 45 : sulfate de magnésie à 15 %, 30 cm³ intramusculaire.

La tension artérielle est 19-10.

Le 23 décembre, à 3 heures : sulfate de magnésie à 15 %, 30 cm³.

12 heures : sulfate de magnésie, 10 cm³.

Meilleur aspect général, il persiste un peu de céphalée, il n'y a pas eu de nouvelles crises.

17 h. 30 : sérum glucosé, 250 cm³ intraveineux.

19 h. 30 : gardénal, 5 cgr.

20 h. 30 : sulfate de magnésie à 15 %, 20 cm³.

Le 30 décembre : eau lactosée (1/2 litre) plus lait (1/2 litre).

Sérum physiologique.

Sulfate de magnésie : 10 cm³.

Gardénal : 5 cgr.

Cachets de Scille.

Le 31 décembre : sérum glucosé et salé.

Cachets de Scille.

Gardénal : 5 cgr.

Tension artérielle à 16-9, le dosage d'albumine est de 1,50 pour 1.000.

Les jours suivants, la thérapeutique se compose de toniques généraux et de diurétiques.

Le 14 janvier, la tension artérielle est de 12-9 ; il n'y a plus d'albumine, la constante d'Ambard est à 0,10 et l'épreuve de la phénol-sulfone-phtaléine 0,55 ; l'état de la malade est satisfaisant.

OBSERVATION III (n° 211) :

M^{me} S..., 28 ans, est entrée dans le Service le 6 juin 1941 pour coma éclamptique.

Rien à signaler dans ses antécédents.

Réglée à 13 ans.

C'est une III^e pare ; les dernières règles datent du 11 au 13 octobre 1940.

La malade, à son entrée, est dans le coma et fait aussitôt une crise d'éclampsie.

A l'examen : tension artérielle 15-7, albumine dans les urines, il n'y a pas d'œdème ; la malade est dans le coma. Rien à signaler aux divers autres appareils.

Examen obstétrical : hauteur utérine 26 centimètres, dos à gauche, tête en bas, les bruits du cœur sont bons, le col est long et fermé, il n'y a pas de signe de travail, on fait alors une saignée et une injection de sulfate de magnésie.

Le 7 juin, même état général : état d'obnubilation.

La tension est à 15-9.

On institue le traitement suivant :

Lavement purgatif du Codex ;

Sulfate de magnésie ;

Sérum glucosé intraveineux ;

Eau lactosée, 1 litre ;

Gardénal, 10 centigrammes ;

Calcium intramusculaire.

Le 8 juin, même thérapeutique (sulfate de magnésie, calcium, gardénal) ; l'examen obstétrical ne montre aucun changement.

L'état général va en s'améliorant, la tension est à 17-11.

Le 9 juin, même traitement, bon état général, la tension est à 16-12.

Le 10 juin, le traitement est toujours le même ; on y ajoute une purge d'eau-de-vie allemande et de sirop de Nerprun, et du gardénal (10 cgr. dans les 24 heures) ; le régime se compose d'eau lactosée, de lait, de purée et de fruits.

L'examen obstétrical n'a pas varié ; on note peut-être quelques contractions de l'utérus, les bruits du cœur sont bons.

Le 14 juin la tension est normale ; il n'y a plus d'albumine, l'état général est bon. La malade sort sur sa demande, malgré avis contraire.

Elle accouche chez elle d'un enfant mort.

OBSERVATION IV (n° 441) :

M^{me} M..., 18 ans, est entrée dans le Service le 13 octobre 1940, pour crise d'éclampsie.

Rien à signaler dans les antécédents.

Réglée à 14 ans régulièrement.

C'est une première pare, les dernières règles sont de fin janvier ; la malade fait une première crise à 18 heures, elle en fera sept autres jusqu'à 22 heures.

La malade entre alors dans le Service, où elle est examinée dès son entrée. Malade dans le coma, gros œdème des membres inférieurs et du pubis, tension artérielle 15-12, albumine dans les urines.

A l'examen obstétrical :

Hauteur utérine 32 cm. ; les bruits du cœur sont bons, le col est dilaté (un franc), les bords du col sont épais, les membranes sont intactes, la présentation semble être une tête.

A 22 h. 30, neuvième crise ; on commence alors la méthode de Stroganoff.

Saignée : 500 cm³.

Injection de 1 egr. de morphine, plus spartéine.

Sérum glucosé hypertonique : 40 cm³ intraveineux.

Lavement purgatif du Codex.

23 heures : sulfate de magnésie à 15 %, 40 cm³ intraveineux.

Le 14 octobre, à 0 h. 30 : morphine, 1 egr.

2 h. 20 : sulfate de magnésie à 15 %, 20 cm³.

4 heures : lavement de chloral, 4 grammes.

7 heures : lavement de chloral, 2 grammes.

12 heures : la malade est agitée, mais elle n'a pas refait de crise.

Du côté obstétrical, la présentation tend à descendre, les bruits du cœur sont bons.

Morphine, 1 centigramme.

Sulfate de magnésie à 15 %, 10 cm³.

Chloral en lavement, 3 gr.

Sérum glucosé isotonique intraveineux, 250 cm³.

17 heures : sulfate de magnésie, 20 cm³.

18 heures : la malade est toujours dans le coma et est agitée, la température est à 39° et le pouls à 136.

Sérum glucosé intraveineux, 250 cm³.

20 heures : lavement de chloral.

Coramine, 1 cm³.

21 heures : morphine, 1 centigramme.

Le 15 octobre : gluconate de calcium, 10 cm³ intramusculaire.

Sulfate de magnésie, 10 cm³.

Sérum glucosé intraveineux, 250 cm³.

21 heures : accouchement normal de deux enfants vivants, l'un du sexe masculin et l'autre du sexe féminin.

Délivrance normale, deux placentas.

22 heures : gardénal.

Le 16 octobre : eau lactosée (1 litre).

Sérum glucosé.

Gardénal.

L'état général va en s'améliorant, la tension artérielle est à 14-11, l'albumine diminue.

La malade sort le 29 octobre : tension artérielle 14-9, plus d'albumine, l'état général est satisfaisant.

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

La première observation n'est pas très caractéristique, à cause d'un éthylisme et d'une hypertension d'ancienne date.

Par contre, l'observation II nous montre la guérison d'une éclampsie des suites de couches.

Les deux dernières observations sont intéressantes du fait de la cessation du syndrome éclamptique, bien qu'il n'y ait pas eu déclenchement du travail.

Dans l'observation III, il est à regretter que la malade ait quitté le Service malgré notre avis, on aurait pu espérer déclencher l'accouchement et obtenir un enfant vivant.

L'observation IV a montré l'accouchement de deux enfants vivants, après cessation des crises éclamptiques.

Il semble donc que le traitement médical soit efficace contre les crises d'éclampsie et qu'il nous permet même d'envisager un pronostic fœtal intéressant.

CONCLUSIONS

1° Certes, ces observations ne permettent pas d'avoir une vue d'ensemble sur la valeur exacte du traitement par le procédé morphine-sulfate de magnésie, mais elles viennent ajouter leur intérêt à celles déjà publiées.

2° Grâce à l'emploi de la méthode de Stroganoff, nous avons pu supprimer les crises éclamptiques chez nos quatre malades. Le pronostic fœtal moins bon est cependant encourageant grâce à la quatrième observation et laisse espérer des résultats ultérieurs semblables.

3° L'association morphine-sulfate de magnésie préconisée par Stroganoff nous paraît être, en l'absence de données étiologiques bien définies, le traitement de choix de l'éclampsie puerpérale. Il est bien entendu que certains cas peuvent être justiciables en même temps d'un traitement obstétrical actif.

Vu : *le Doyen,*

A. BAUDOIN.

Vu : *le Président de Thèse,*

PORTES.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOLD. — Traitement de l'éclampsie. (*Med. Clin. North America*, juillet 1934, t. XVIII, pp. 297-306.)
- BERNHARDT. — Histoire, genèse et traitement de l'éclampsie. (*Wien. Klin. Wschr.*, t. 52, 1939, 10 novembre, n° 45, pp. 1009-1013; 17 novembre, n° 46, pp. 1036-1042.)
- LIDOIRE. — Eclampsie convulsive. (*Encycl. Méd. Chir. Obstétrique*, t. I, p. 5037.)
- BITTMAN. — Ponction lombaire dans l'éclampsie. (*Intern. Cong. v. Verlosk en Gyn.*, 1938, t. II, pp. 3-6.)
- BOENNEC. — Pathogénie et traitement de l'éclampsie. Emploi du sérum glucosé hypertonique intraveineux. (*Thèse Paris*, 1938, n° 37.)
- BOU. — Le traitement de l'éclampsie par le sulfate de magnésie. (*Rev. Méd. Cubana*, avril 1938, t. 49, pp. 325-348.)
- BROWKIN. — Traitement de l'éclampsie par le sulfate de magnésie. (*Gyn. et Obst.*, août 1936, n° 2, pp. 135-139.)
- CHRISTITSCH. — Applications du sulfate de magnésie au traitement des états éclamptiques et pré-éclamptiques. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie*, p. 223, 1938.)
- CHRISTITSCH et MARIANOVITCH. — Un cas d'éclampsie puerpérale grave guérie par le sulfate de magnésie et le sérum glucosé hypertonique. (*Bull. Soc. Gyn. et Obst.*, avril 1939, t. 28, n° 4, pp. 267-269.)
- FAUVET. — Le traitement de l'éclampsie. (*Arch. f. Gyn.*, 1933, t. 156, pp. 212-215.)
- GELLÉ. — A propos du traitement de l'éclampsie convulsive. (*Gyn. et Obst.*, avril 1939, t. 39, n° 4, pp. 285-295.)

- GELLÉ et CARRÉ. — Traitement de l'éclampsie par le Rectanol. (*Gyn. et Obst.*, oct. 1937, t. 36, n° 4, pp. 383-385.)
- GOERKE. — Nouveaux résultats de l'éclampsie par le Pernocton. (*Münch. Med. Woschr.*, 16 mars 1934, t. 81, pp. 401-403.)
- KUSTNER. — Traitement par la thyroxine de l'éclampsie et des troubles pré-éclamptiques. (*Klin. Woschr.*, 1932, 1^{re} semaine.)
- LAFFONT et SEHIBAT. — Quelques observations d'éclamptiques traitées par le sérum glucosé hypertonique intraveineux. (*Bull. Soc. Obst. Gyn.*, oct. 1938, t. 27, n° 8, pp. 621-623.)
- MARGOT. — Traitement de l'éclampsie par le sulfate de magnésie. (*Thèse Lyon*, 1938-1939, n° 14, p. 78.)
- MARSDEN. — Progestérone dans la pré-éclampsie. (*Brit. Med. Journ.*, 18 décembre 1937, pp. 1221-1222.)
- MIRANDA. — Traitement calcique de l'éclampsie. (*Journ. Am. Med. Ass.*, 13 novembre 1937, t. 109, p. 1650.)
- NATALE. — Le sulfate de magnésie dans le traitement de l'éclampsie puerpérale. (*Annale di Obstetrica et Ginecologia*, janvier 1930.)
- PELUCHON. — Du traitement de l'éclampsie convulsive par les injections intraveineuses de sérum glucosé hypertonique. (*Thèse Paris*, 1939, n° 1291, p. 44.)
- PECKHANN. — Analyse de 127 cas d'éclampsie traités par la méthode modifiée de Stroganoff. (*Am. Journ. Obst. a. Gyn.*, janvier 1935, t. 29, pp. 27-35.)
- POULAIN. — Un cas d'éclampsie puerpérale traitée par le venin de cobra. (*Gazette Médicale de Picardie*, juin 1937.)
- STROGANOFF. — Traitement de l'éclampsie. (Paris, 1935, Masson et C^{ie}, 1 vol., 111 p.)
- Traitement de l'éclampsie. (*Intern. Cong. v. Verlosk en Gynaek.*, 1938, t. 1, pp. 81-106.)
- STROGANOFF et DAVIDOVITCH. — Traitement prophylactique de l'éclampsie et rupture artificielle prématurée des membranes. (*Gynaec. et Obst.*, mars 1937, t. XXXV, n° 3, pp. 220-227.)
- Deux cents cas d'éclampsie traités par le sulfate de magnésie. (*Journ. Obst. a. Gyn. Brit., Emp.*, avril 1937, t. 44, n° 2, 288-289.)
- SUZOR. — Réflexions sur l'opération césarienne dans l'éclampsie. (*Hôpital*, décembre 1933.)
- Sérum glucosé hypertonique contre les accidents convulsifs de l'éclampsie.

- VAN DER HOEVEN. — Le traitement de la toxémie ou de l'infection gravidique par l'hormone du corps jaune. (*Gyn. et Obst.*, septembre 1938, t. 28, n° 3, pp. 172-181.)
- VIGNES. — Emploi du sulfate de magnésie dans l'éclampsie puerpérale. (*Progrès Méd.*, 17 janvier 1931.)
- Traitement de l'éclampsie. (*Intern. Cong. v. Verlosk en Gynaec.*, 1938, t. I, pp. 29-80.)
- Comment faut-il comprendre le traitement de l'éclampsie ? (*Le Documentaire Médical*, mai 1938, n° 33, pp. 4-14.)
- Le magnésium dans la grossesse normale et l'éclampsie. (*Progrès Médical*, 29 juillet 1939, n° 30, p. 7.)
- VOGT. — Traitement conservateur de l'éclampsie. (*Fortschr. d. Ther.*, juin 1935, t. II, pp. 327-331.)
- WODON. — Traitement de l'éclampsie. (*Gyn. et Obst.*, mai 1938, t. XXXVII, n° 5, pp. 336-343.)

113819